

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

1 評価機関

名 称	特定非営利活動法人CSウオッチ
所 在 地	兵庫県明石市朝霧山手町3番3号
評価実施期間	2013年 5月31日～2014年3月 5日 (実地(訪問)調査日 23年12月12日)
評価調査者	HF05-1-0056 HF10-1-0017 HF12-1-014 HF12-1-017

2 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 総合リハビリテーションセンター (施設名) 特別養護老人ホーム 万寿の家	種別：特別養護老人ホーム 併設：短期入所生活介護事業 障害者短期入所事業
代表者氏名： 理事長 久保 修一 (管理者) 施設長 杉本 幸重	開設(指定)年月日： 昭和40年11月 1日
設置主体：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団 経営主体：社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団	定員 (利用人数) 85名
所在地：〒651-2181 神戸市西区曙町1070	
電話番号： 078-927-2727 (代表)	FAX番号： 078-925-9276
E-mail： Info_manjyu@hwc.or.jp	ホームページアドレス： http://www.hwc.or.jp/manju/

(2) 基本情報

<p>・運営方針等</p> <p>(1) 兵庫県社会福祉事業団憲章</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人ひとりを尊重し、自らの意志と責任でその人らしい生き方ができるよう支援します。 ・総合的な地域ケアのしくみを築き、福祉文化の創造をめざします。 ・ニーズを敏感にとらえ、先駆的な実践により社会に貢献します。 ・福祉の心と高い専門性を育み、働きがいのある職場をつくります。 ・公正・効率的な組織運営と安定した経営基盤を確立します。 <p>(2) 運営・処遇サービス理念</p> <p>専門性の高いサービス 総合リハビリテーションセンターの持つ専門性の機能を生かし、医療、リハビリテーション、ターミナルケア(看取り)など専門性の高いサービスを提供する。</p> <p>利用者本位のサービス 利用者が人生の先輩として敬愛されるよう、常に利用者本位の処遇サービスを</p>

<p>基本におく。</p> <p>生きがいと自己実現 利用者一人ひとりが生き甲斐を持ち、自己実現できるように支援する。</p> <p>生活の質の向上 利用者一人ひとりの現存能力の活用を図り、生活の質(QOL)が向上するよう支援する。</p> <p>尊厳とプライバシーの尊重 利用者一人ひとりが人としての尊厳を守り、プライバシーを尊重する。</p> <p>安らぎと潤いに満ちた生活 利用者一人ひとりが、安らぎと潤いに満ちた生活ができるよう支援する。</p> <p>在宅高齢者の支援 援護を要する在宅高齢者に対する支援を目指す。</p>						
<p>特に力を入れて取り組んでいる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者本位の利用者の意向に沿った外出支援サービスの推進 ・虐待や拘束のない質の高いサービスの提供 ・地域医療との連携によるターミナルケア（看取り）の実践 						
職員配置 ※()内非常勤	職 種	人 数	職 種	人 数	職 種	人 数
	施設長	1 (-)	事務員	1 (-)	生活相談員	1 (-)
	介護職員	34 (3)	看護師	6 (4)	管理栄養士	1 (-)
	医師	(2)	その他	(3)		
<p>施設の状況</p> <p>社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団総合リハビリテーションセンター内の一角に位置し交通の利便性に恵まれた都市型の高齢者施設である。昭和40年11月1日に開設され、総合リハビリテーションセンター内の各事業所やリハビリ中央病院との連携を図り、地域密着型の開かれた施設づくりを目指している。</p>						

○各評価項目に係る第三者評価結果
(別紙1)

○各評価項目に係る評価結果グラフ
(別紙2)

3 評価結果

○総評

◇特に評価の高い点

- ・構造・プロセスは、ほぼ明確であり、全体的にP-D-C-Aサイクルが回っており、P-D-C-Aサイクル意識は定着段階に到っています。
- ・長年の歴史と地域特性を活かした地域との連携による仕組み作りは、「都市型高齢者施設」を目指す諸施策に反映され、特にボランティア協力支援は、利用者にとって日常生活の活性化と生きがい作りの意欲向上に繋がっています。
- ・日常生活のサービス提供（健康管理、食事、排せつ、入浴その他）においてコミュニケーションを取ることが困難な利用者が多い中、一人一人の状態を見ながら極め細やかなケアが行われています。

◇特に改善を求められる点

- ・ほとんどのプロセスでP-D-C-Aサイクルは回っていますが、個別の教育・研修プロセス、特に施設としての研修プロセスで研修後の評価・分析や、次期研修への反映やカリキュラム見直し等が不明確でした。このプロセスの明確化により当施設としてP-D-C-Aサイクルが回りスパイラルアップする仕組みの整備が望まれます。
- ・ヒヤリハット活動、生活支援に関する自主点検チェック等の活動は、予防処置の意義ある活動です。これらの過程で改善への気づきの見える化を図り、有効性のある継続的改善を進める仕組みが定着するよう望まれます。
- ・食事環境で、廊下スペースでの食事利用が見受けられますが、運営方針(安らぎと潤いに満ちた生活)に沿うよう早期の改善を期待します。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

- ・職員研修については、OJT、OFF-JTの推進に取り組んでいるが、指摘があったように計画性、目標の不統一さがある。研修後の人材育成の一環として評価・分析・見直し等が不十分であり、研修効果を更に高め、常に職員間でフィードバックできるような取り組みをすすめていきたい。
- ・平成21年～22年にかけて施設の大幅改修が行われ、居住空間やダイニング等が改修されたが、浴室、食堂、トイレ等今後も継続的に利用者が生活しやすい環境づくりに取り組む必要がある。

○各評価項目に係る第三者評価結果

(別紙1)

○各評価項目に係る評価結果グラフ

(別紙2)

(別紙1)

評価細目の第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
I-1-(1) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。	
I-1-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を明確にしている。	㉠・b・c
I-1-(1)-② 事業所が目指していること（理念・基本方針等）を利用者やその家族等に周知している。	㉠・b・c

特記事項

- ・社会福祉の基本的な考えを踏まえた「事業団憲章」「職員倫理綱領」及び「新経営10年計画第2期実施計画」に示された5つの柱の基本方針は明確で、事業団パンフレット、ホームページ及び平成25年度万寿の家事業計画骨子に明文化されています。
- ・理念や基本方針は、全職員配布の「職員ノート」や「職員必携(手帳)」に記載され、朝礼唱和や家族会役員会、家族会等で配布説明され、ホームページ、パンフレット、施設内玄関掲示等周知の仕組みはできています。
- ・利用者やその家族へ理念・方針の周知に関する有効性確認が望まれます。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。	
I-2-(1)-① 事業所が目指していること（理念・基本方針等）に向けた計画的な取組を行っている。	㉠・b・c
I-2-(1)-② 各計画を職員や利用者等に周知している。	㉠・b・c

特記事項

- ・組織として事業団策定の「新経営10年計画第2期実施計画」に基づき「平成25年度万寿の家事業計画骨子」及び課題毎に定性・定量化目標に示された「事業実行計画表」を策定し、評価が可能となる配慮がなされ、P-D-C-Aサイクルが回る仕組みは定着しています。
- ・個別支援計画は、定められた手順に従い実施されP-D-C-Aサイクルが回る仕組みは定着している。
- ・研修計画は、専門職（看護師、支援員、新規職員等）等法人人材育成方針に基づき法人主導の研修計画に基づく「万寿の家」組織としてH25年度研修計画及び参加状況表がありますが、全職員個々の目標等明示した研修参加状況表(含成果)となるよう一層の見える化整備を進め、個々職員の計画的運用が望まれます。
- ・各計画は、運営会議等で職員へ説明されています。「事業実行計画表」目標の進捗確認等が月次で可能となる効率的運用が望まれます。

I-3 経営層（管理者等）の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果
I-3-(1) 経営層（管理者等）の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。	
I-3-(1)-① 経営層（管理者等）自らの役割と責任を職員に対して表明している。	㉠・b・c

I-3-(1)-② 経営層（管理者等）は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-③ 経営層（管理者等）は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> 経営層（管理者等）は、リスク管理体制、各種委員会、事務分掌表、職員役割分担表、機関誌等で自己の責任を明確にし、質の向上に向け指導力を発揮しています。 職員の提案制度を活用し経営コストの削減を図り、各自が経営参加への意識づけができています。 リスク管理体制(8委員会)以外の目標達成への「万寿の家」運営管理規準ともなる各会議体(運営会議、職員会議、委員会、朝会等)及び業務分担資料は、審議目的、業務範囲、管理責任、記録担当等を明確にした整備が望まれます。
--

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

	第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。	
Ⅱ-1-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-② 職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③ 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みを構築している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。	
Ⅱ-1-(2)-① 職員の資質向上に向けた体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2)-② 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a・b・c
Ⅱ-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。	
Ⅱ-1-(3)-① 実習生の受入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(3)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> 人材の確保については、法人人事管理の仕組みに沿って、ルール通り実施されています。 人材育成は、法人人材育成方針に基づく階層別及びラダーキャリア制度の仕組みに沿って実施されています。「万寿の家」年度研修計画はありますが、当組織としての全職員の年度研修計画の整備が望まれます。 各研修成果に関する評価・分析や次期研修への反映やカリキュラムの見直しの実施状況のエビデンスが確認できませんでした。内・外研修実施後の有効性確認よりの評価・分析による次期への反映手順明確化により、当施設としてP-D-C-Aサイクルが回りスパイラルアップする仕組みの整備が望まれます。 実習生の受入は、定められた手順に沿って実施されています。

Ⅱ-2 安全管理

	第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。	
Ⅱ-2-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-2-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	Ⓐ・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・リスク管理体制を明確化し、事故・感染症等の緊急時を含む対応の仕組みは整備され、防災訓練、消防訓練等実施されています。 ・ヒヤリハット、事故報告書分析を発生時点研修の採用や各棟別自主点検表(事故防止安全管理チェックリスト等)個別チェックリストを活用し、あったかサポート実践運動評価シートで有効性確認を行い、利用者に対するきめ細かい安全活動を展開されています。
--

II-3 地域との交流と連携

	第三者評価結果
II-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。	
II-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	(a)・b・c
II-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	(a)・b・c
II-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。	
II-3-(2)-① 利用者と地域の関わりを大切にしている。	(a)・b・c
II-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	(a)・b・c
II-3-(2)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	(a)・b・c
II-3-(3) 関係機関との連携を確保している。	
II-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。	(a)・b・c
II-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画主要方針の一つである地域で支え合う仕組み作りは、地域性及び立地条件から「都市型」高齢者施設のモデルを目指し、当施設と法人内関連2事業所と地域の自治会等を含む施設運営協議会設置要綱に基づき、地域の学校・自治会より選出参加の地域運営協議会の活発な活動により、内外地域環境情報入手の仕組みはでき、活発に運用されています。 ・神戸市福祉避難所として、また、近隣の小・中・高生徒の福祉実習、ボランティア活動の受入れと公開セミナーの開催等地域ニーズを把握した活動を展開しています。 ・ボランティア受入はH24年度698名(ふれあい：17団体、労務提供：3団体)に到り、利用者の日常生活の活性化や生きがい作りへの意欲向上に繋がっています。

評価対象III 適切な福祉サービスの実施

III-1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	(a)・b・c
III-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	(a)・b・c
III-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
III-1-(2)-①利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	(a)・b・c
III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
III-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	(a)・b・c
III-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	(a)・b・c
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・基本方針の最上位に位置する「利用者本位のサービスの提供」は、基本的な手順として高齢者施設サービス(表題)に各対応等マニュアルとして整備され、必要に応じイラスト、写真等活用し、手順に沿った実施が行われています。 ・利用者満足では家族会役員会、家族会、食事アンケート、利用者満足度調査アンケート等で意向把握により調理の日を設け、ボランティアを活用し、季節に合わせたおやつ作り展開等の利用者満足の向上への取組が実施され、仕組みはできています。 ・苦情解決の仕組みは、福祉サービスに関する苦情解決事業実施要綱に基づき実施されていますが、近年公開に準ずる苦情は発生していません。 ・今回アンケート調査で、「職員に対して要望した内容が、その場にいなかった他の職員にきちんと伝わっているか」で「どちらとも言えない」の回答が50%でした。当外部評価が一因の可能性もありますが、他の職員に対する対応の結果を含め利用者満足向上への配慮が望まれます。
--

III-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
III-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a・ b ・c
III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a ・b・c
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て、実施している。	a ・b・c
III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	a ・b・c
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	a・ b ・c
III-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
III-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	a・ b ・c
III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a ・b・c
III-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a ・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・サービス内容の評価を行う体制は、利用者別ケース記録等により各棟ユニット会議にて評価・分析で課題を明確にして、ケアカンファレンス等により改善策や改善計画に反映し、あったかサポート実践活動で有効性確認の仕組みはできていますが、施設独自欄活用し手順どおり実施しているかの有効性確認や組織全体としてサービス質向上に関する仕組み等評価・分析の場が不明瞭でした。これらの整備が望まれます。 ・個々のサービスの標準的な実施方法は、高齢者施設サービスマニュアル(表題)に手順化されており、必要に応じ追加(看取り介護の具体的支援内容等)しています。 ・社内LAN(絆)にてサービス提供の利用者状況等職員間で共有化が図られています。

III-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果
III-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	
III-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	(a)・b・c
III-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている。	(a)・b・c
III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
III-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたり、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	(a)・b・c

特記事項

- ・サービスの開始に関しては、サービス内容が判りやすい工夫をされ手順通り実施されています。
- ・継続に関しては、当施設としてターミナルケアを重要目標として手順を整備し実践しています。
- ・サービス開始から終了引継ぎまでの各プロセスを明確にし、相互関連及び主要関連手順書等明記した流れが見えるシステムプロセスフロー図は、利用者説明等へ当施設サービス全容の理解を深める資料として整備を望みます。

III-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果
III-4-(1) 利用者のアセスメントを行っている。	
III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	(a)・b・c
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	(a)・b・c
III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	(a)・b・c
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	(a)・b・c

特記事項

- ・定められた手順でアセスメント、利用者課題等をケース記録で現況が判りやすく明示しています。
- ・サービス実施計画は適切で評価・見直しも手順通り実施しています。

評価対象IV 実施する福祉サービスの内容

IV-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価結果
IV-1-(1) 利用者の尊重・保護	
IV-1-(1)-① 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	(a)・b・c
IV-1-(1)-② 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	(a)・b・c
IV-1-(1)-③ 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	(a)・b・c
IV-1-(1)-④ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	(a)・b・c

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の生活歴や家族会から情報収集を行い、当施設特性を活かし長年積み重ねられたボランティアを利用者の趣味・季節に応じたおやつ作り等生きがいがいづくりに生かした各種の工夫を積極的に行っています。 ・あったかサポートの仕組みにより、コミュニケーション等に関する自己評価を各ユニット毎に実施し(1回/2ヶ月)、コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫を実践し、より良い支援に尽力しています。
--

IV-2 快適な環境づくり

	第三者評価結果
IV-2-(1) 居室	
IV-2-(1)-① 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(2) 食事	
IV-2-(2)-① 快適な食事環境の整備に配慮している。	a・(b)・c
IV-2-(3) 入浴	
IV-2-(3)-① 快適な入浴環境等の整備に配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(4) 排泄	
IV-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(5) 衣服	
IV-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	(a)・b・c
IV-2-(6) 理容・美容	
IV-2-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	(a)・b・c
IV-2-(7) 睡眠	
IV-2-(7)-① 安眠できるよう配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(8) 健康管理	
IV-2-(8)-① 利用者健康保持に配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	(a)・b・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a・(b)・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	(a)・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	(a)・b・c
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	(a)・b・c

特記事項

- ・居室は、間仕切りボードやカーテン仕切り等によってプライバシーが考慮され、また利用者の大切にしていた思い出の備品等が飾られる等工夫をしている。
- ・食事内容は、アンケート及び実食等により満足度が高い実態ですが、環境面では居室改造の食堂で一部廊下で昼食時 2~3名の方が食事をしておられました。
- ・入浴は、新規機械浴設備が導入され、満足度の向上が図られています。
- ・排泄は、利用者一人ひとりのアセスメントに基づき、改善を目指した生活支援自主点検チェックリストを活用し、きめ細かく、より確実な実践をしています。
- ・衣服は、利用者自身の要望に合うよう、必要に応じ職員やボランティア支援を得て買い物等支援の仕組みができています。
- ・理容・美容は、施設や施設外の美容院等利用者要望に応じた対応をしており、お化粧品ボランティア活用も行っている。
- ・睡眠は、生活リズムを整え利用者自身が安眠できる個々の要望を加味した配慮を実施している。
- ・健康管理は、日常及び急変時の対応マニュアル及びターミナルケアに関する手順等を整備し、健康増進では、口腔ケア指導を定めた手順で継続的に実施している。
- ・服薬管理は、服薬管理マニュアルに沿った管理・実施が行われ、記録されている。
- ・外出は、利用者の希望に応じ、職員又はボランティア同行で実施されている。単独外出は、利用者状況より実施しないルールとしていますが、手順の明確化及び利用者安全上対応として連絡カード携帯を図るよう望みます。(Ex. 外出先で利用者と支援者が万一離れた場合)
- ・情報媒体は、個人購入可能としており新聞や雑誌は共用スペースでいつでも見られる対応をしている。
- ・嗜好品は、利用者構成上、自治会は設けていないが、利用者要望に応じ、スペース確保等配慮をしている。

I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	9	100.0
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	10	100.0
II-1 人材の確保・養成	28	26	92.9
II-2 安全管理	9	9	100.0
II-3 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	20	100.0
III-2 サービスの質の確保	25	21	84.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
III-4 サービス実施計画の策定	10	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	42	95.5

